

عوامل خطر ساز و یافته‌های بالینی گاردنرلا واژینالیس در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی تبریز

ریحانه ایوان بقاء^۱، محمد تقی سروش برحق^۲، جلیل باباپور^۳، سپیده فتحی^۴

^۱ مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

^۲ مربی، عضو هیئت علمی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه تبریز

^۴ کارشناسی ارشد مامایی، بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز

چکیده

سابقه و هدف واژینیت گاردنرلایی شایع‌ترین واژینوز باکتریال در سنین باروری است. زنان مبتلا به واژینوز در معرض خطر زایمان زودرس، ناباروری لوله‌ای و بیماری التهابی لگن می‌باشند. عدم وجود اطلاعات دقیق در زمینه عوامل خطر ساز، تحقیق حاضر را به ثمر رساند.

روش بررسی: هزار نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی تبریز به طور تصادفی در این مطالعه توصیفی - تحلیلی وارد شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مربوط به مشخصات فردی - اجتماعی و باروری، بهداشت فردی و مقاربت، مشاهدات پژوهشگر و بررسی‌های آزمایشگاهی و کشت بود. نمونه‌های برداشته شده از ترشحات واژن و سرویکس پس از مشاهده مستقیم میکروسکوپی، به آزمایشگاه ارسال شد. برای تشخیص واژینوز باکتریال از معیار امسل (Amsel) استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون‌های کای دو، تی مستقل، تست دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها: گاردنرلا واژینالیس در ترشحات ۹/۲ درصد زنان یافت شد. تعداد زایمان و سقط، استفاده از آی یو دی، نحوه رعایت بهداشت فردی و مقاربت و مدت مصرف آنتی‌بیوتیک (رابطه منفی) جزو عوامل خطر بودند. طبق آزمون رگرسیون لجستیک، تعداد زایمان طبیعی و سقط، اسیدپته واژن، بهداشت مقاربت، تحصیلات فرد و شغل همسر او جزو عوامل پیشگویی کننده ابتلاء بودند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، تشخیص و انجام اقدامات درمانی زنان صرفاً با توجه به نشانه‌های عفونت اقدام صحیح و بجایی نبوده و پیشنهاد می‌شود آزمایشات تشخیصی در کنار مشاهده و معاینه بویژه قبل از جاگذاری آی یو دی به کار رود.

واژگان کلیدی: واژینوز باکتریال، گاردنرلا واژینالیس، عوامل خطر ساز، یافته‌های بالینی.

مقدمه

بیماری‌های عفونی، از قرن‌ها پیش در میان جوامع بشری وجود داشته‌اند و تهدیدی جدی برای سلامتی انسان به شمار می‌آیند. شیوع آنها تحت تاثیر عوامل اجتماعی، فردی و جغرافیایی در جوامع بشری متفاوت می‌باشد (۱).

عفونت دستگاه تناسلی زنان به ویژه واژینیت‌ها یکی از مشکلات شایع زنان و از مهم‌ترین علل مراجعه در مراکز بهداشتی بوده و سالیانه بیش از ده میلیون ویزیت در کل جهان را شامل می‌شود (۲، ۳). تقریباً ۹۵ درصد موارد واژینیت در اثر عفونت با یکی از سه ارگانیسم کاندیدا آلبیکانس، تریکوموناس واژینالیس و گاردنرلا واژینالیس به وجود می‌آیند (۴). در یک جمعیت تیپیک از زنان واقع در سنین باروری عفونت‌های کاندیدایی و تریکومونایی هر کدام مسئول تقریباً ۲۵ درصد موارد واژینیت بوده و واژینوز باکتریال در ارتباط با گاردنرلا واژینالیس بقیه موارد را تشکیل می‌دهد (۲).

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ریحانه ایوان بقاء

(email: r.ivanbagha@arums.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۶/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱/۲۷

آنها به طور تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه از پیش تنظیم شده‌ای شامل دو بخش بود. بخش اول، دارای سوالاتی مربوط به مشخصات فردی اجتماعی زن و همسرش، سابقه مامایی و تنظیم خانواده، شکایات فعلی و قبلی و سابقه درمان مددجو و همسر وی و رفتارهای بهداشتی فرد بود. بخش دوم شامل سوالاتی بود که از طریق مشاهده مستقیم حین معاینه و مشاهده میکروسکوپی لام مرطوب ترشحات واژینال و نتایج کشت تکمیل شد.

برای کسب اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. پژوهشگر پس از مطالعه و بررسی کتب و نشریات مختلف و در نظر گرفتن اهداف پژوهش اقدام به تنظیم فرم مصاحبه نمود که بعد از بررسی و تایید توسط اساتید محترم راهنما و مشاور، برای ارزیابی روایی در اختیار ۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و ۹ نفر از اساتید خارج از دانشکده شامل ۳ نفر از متخصصین زنان و زایمان، یک نفر از گروه پزشکی اجتماعی، یک نفر از گروه اپیدمیولوژی و ۴ نفر از گروه انگل شناسی قرار داده شد و پس از جمع‌آوری نظرات و انجام اصلاحات لازم، ابزار گردآوری داده‌ها جهت پژوهش مورد نظر مورد استفاده قرار داده شد.

جهت تعیین پایایی ابزار، برای تعداد ۵۰ نفر از واحدهای پژوهش پرسشنامه تکمیل شد. با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ، درجه اعتماد علمی ابزار تعیین گردید. ضریب آلفا کرونباخ برای سوالات نشانه‌های فعلی ۷۶ درصد، نشانه‌های در یک سال قبل ۷۵ درصد، سابقه درمان ۷۰ درصد، بهداشت عمومی ۷۱ درصد و بهداشت مقاربت ۸۱ درصد برآورد گردید. با توجه به نتایج فوق پایایی ابزار در حد قابل قبول بود. جهت تعیین پایایی روش آزمایشگاهی، از ۱۰ نفر از افراد دو نمونه جداگانه تهیه شده و با دو نام مختلف در اختیار آزمایشگر قرار گرفت و نتایج حاصله، با استفاده از ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن بررسی و میزان همبستگی آنها تعیین شد که با همبستگی بیش از ۰/۷ مورد قبول واقع شد. در ضمن، نمونه‌گیری و مشاهده توسط دو نفر به طور هم‌زمان انجام شد و نتایج مشاهدات یکسان بود.

حین معاینه و مشاهده علائم، سه نمونه ترشحات واژن، دهانه رحم و فورنیکس خلفی برداشته شد. لام اول با افزودن سرم فیزیولوژی و لام‌های مربوط به نمونه واژن و سرویکس پس از رنگ‌آمیزی گرم با میکروسکپ بررسی شد. اسیدیت ترشحات با کاغذ pH سنج تعیین شد. تست آمین یا ویف با افزودن یک

واژینیت‌ها با توجه به نشانه‌ها و عوارضی که ایجاد می‌کنند، نیازمند توجه بیشتری هستند. ابتلا به واژینوز باکتریال زنان را مستعد ابتلا به بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی همانند ایدز می‌نماید (۳).

واژینوز باکتریال شایع‌ترین واژینیت سنین باروری بوده (۲، ۳، ۵، ۶) و در اثر رشد بیش از حد باکتری‌های بی‌هوازی گاردنرلا واژینالیس (حدود ۹۸ درصد) و میکوپلازماها می‌باشد (۷، ۸). سایر عوامل شامل لاکتوباسیلوس، استافیلوکوک اپیدرمیدیس، دیفترئوئیدها و استرپتوکوک‌های هوازی و بی‌هوازی هستند. اغلب این ارگانیسم‌ها فلور طبیعی واژن هستند، ولی در شرایط طبیعی رقابت بر سر مواد غذایی عامل مهمی هستند که باعث می‌شوند تا تعداد ارگانیسم‌های بیماری‌زا کمتر از حد لازم برای پیدایش عفونت بالینی گردد (۲).

شیوع بالاتری از واژینوز باکتریال در استفاده‌کنندگان از آی یو دی در مقایسه با سایر روش‌ها گزارش شده است. به نظر می‌رسد قرص‌های ضد بارداری خوراکی سبب محافظت فرد در برابر آن می‌گردد (۹).

عوارض ناشی از واژینوز باکتریال شامل زایمان زودرس، افزایش ابتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی، ناباروری لوله‌ای (۲)، بیماری التهابی لگن و آندومتریته‌های بعد از اعمال جراحی، پارگی زودرس پرده‌های جنینی همراه با کوریوآمینیونیت می‌باشد. آندومتریته پس از سزارین در زنان مبتلا به این عفونت ۵ برابر شایع‌تر از افراد عادی بوده، به علاوه ممکن است عفونت محل زخم پس از سزارین به صورت بسیار شایع‌تری ایجاد گردد (۲).

وفور شکایت زنان از واژینیت و عدم وجود علائم بالینی در اغلب بیماران که سبب عدم درمان این موارد یا درمان ناکافی و نامناسب و مراجعه مجدد بیماران و عدم موفقیت در کنترل عفونت‌های واژینال و انتقال آنها شده است (۱۰)، سبب گردید تا این پژوهش با هدف بررسی عوامل خطر ساز و یافته‌های بالینی گاردنرلا واژینالیس در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی تبریز انجام شود.

مواد و روشها

این تحقیق توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۰۰۰ نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز انجام شد. در این مطالعه، ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی شهر تبریز به صورت تصادفی از بین مراکز بهداشتی-درمانی سطح شهر انتخاب گردیدند. افراد مورد پژوهش نیز از روی شماره پرونده خانوار

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی- اجتماعی

مشخصات فردی- اجتماعی			مشخصات فردی- اجتماعی		
درصد	تعداد		درصد	تعداد	
تحصیلات همسر			سن (سال)		
۹/۸	۹۸		۳۱/۷۹ [±]	۶/۹۴	
۳۰/۷	۳۰۷	بی سواد	۲/۹	۲۹	زیر ۲۰
۲۸/۹	۲۸۹	ابتدایی	۴۴/۹	۴۴۹	۲۰-۲۹
۲۳/۶	۲۳۶	راهنمایی	۳۸/۶	۳۸۶	۳۰-۳۹
۵/۴	۵۴	دبیرستان	۱۳/۶	۱۳۶	۴۰-۴۹
۱/۶	۱۶	دانشگاهی	وضعیت تاهل		
		بدون همسر	۱/۶	۱۶	بدون همسر**
		شغل همسر	۹۸/۴	۹۸۴	دارای همسر
۲۶/۲	۲۶۲	کارگر	تحصیلات		
۲۰/۹	۲۰۹	کارمند	۱۶/۳	۱۶۳	بی سواد
۳۸/۵	۳۸۵	آزاد	۳۵/۲	۳۵۲	ابتدایی
۹/۶	۹۶	راننده	۲۰/۳	۲۰۳	راهنمایی
۲/۱	۲۱	بی کار	۲۶	۲۶۰	دبیرستان
۱/۱	۱۱	سایر مشاغل	۲/۲	۲۲	دانشگاهی
۱/۶	۱۶	بدون همسر	شغل		
		زمان ازدواج (سال)	۹۶/۲	۹۶۲	خانه دار
		۱۸/۴۹ [±]	۱/۵	۱۵	شاغل در منزل
۴۰/۲	۴۰۲	≥ 18 سال	۲/۳	۲۳	شاغل در خارج از منزل
۵۹/۸	۵۹۸	≤ 18 سال			

** زنان بیوه یا مطلقه * انحراف معیار \pm میانگین

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی افراد تحت مطالعه در جدول ۱ ملاحظه می‌گردد. طبق این جدول، بیشترشان در محدوده سنی ۲۰-۲۹ سال و غالباً با تحصیلات ابتدایی، دارای همسر و خانه دار بودند. همسر اکثر افراد دارای تحصیلات ابتدایی و شغل آزاد بودند. بیش از نیمی از افراد در سن مساوی یا کمتر از ۱۸ سالگی ازدواج کرده بودند. مشخصات فردی- باروری افراد در جدول ۲ ملاحظه می‌شود. اکثریت افراد دارای ۱ تا ۳ بار زایمان، ۱ تا ۳ بار زایمان طبیعی بودند و غالباً سابقه سزارین یا سقط نداشتند و شیرده نبودند. اکثریت قریب به اتفاق آنها سابقه کورتاژ نداشتند. در بیشتر افراد، نوع آخرین زایمانشان طبیعی بود و بیشتر از یک سال از زمان آخرین زایمانشان می‌گذشت. غالب افراد سابقه ابتلا به بیماری و استفاده از داروی خاصی نداشتند و در دو هفته اخیر

قطره پتاس ۱۰٪ به ترشحات، انجام شد. مقداری از ترشحات واژینال نیز جهت کشت در محیط انتقالی استوارت به سرعت به آزمایشگاه انتقال و کشت داده شد.

تشخیص وجود واژینوز باکتریال گاردنرلایی از لحاظ بالینی با استفاده از معیارهای Amsel انجام گرفت. وجود حداقل سه مورد از چهار مورد موجود در این معیار نشانگر ابتلا به واژینوز باکتریال بود: ۱- وجود ترشحات هموزن واژینال ۲- افزایش pH واژن ($>4/5$) ۳- تست مثبت آمین ۴- حضور کلوسل (clue cell) در ترشحات واژینال.

جهت تنظیم جداول فراوانی و تعیین درصد و انحراف معیار از آمار توصیفی و جهت مقایسه داده‌ها از آمار استنباطی به کمک آزمون‌های کای دو، آزمون دقیق فشر، تی مستقل و رگرسیون لجستیک با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۴ استفاده شد.

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش برحسب مشخصات فردی- باروری ($n=1000$)

درصد	تعداد	مشخصات فردی - باروری	میانگین \pm انحراف معیار	درصد	تعداد	مشخصات فردی - باروری
		نوع آخرین زایمان				تعداد زایمان
۲/۹	۲۹	بدون زایمان		۲/۵	۲۵	بدون زایمان
۶۶/۱	۶۶۱	طبیعی	$۲/۲۲ \pm ۱/۴۳$	۸۴/۶	۸۴۶	۱-۳ بار
۳۱	۳۱۰	سزارین		۱۳/۵	۱۳۵	۴-۶ بار
		وضعیت شیر دهی		۱/۹	۱۹	>۶ بار
۱۶/۷	۱۶۷	شیرده				
۸۳/۳	۸۳۳	غیر شیرده				تعداد زایمان طبیعی
		سابقه ابتلا به بیماری*		۲۴/۳	۲۴۳	بدون زایمان
۸/۷	۸۷	دارد	$۱/۷۷ \pm ۱/۶۰$	۶۳	۶۳۰	۱-۳ بار
۹۱/۳	۹۱۳	ندارد		۱۰/۹	۱۰۹	۴-۶ بار
		سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک**		۱/۸	۱۸	>۶ بار
۳/۸	۳۸	دارد				تعداد سزارین
۹۶/۲	۹۶۲	ندارد	$\pm ۰/۷۳$	۶۷/۵	۶۷۵	بدون سزارین
		روز سیکل		۳۰/۸	۳۰۸	۱-۲ بار
				۱/۷	۱۷	>۲ بار
۴۸/۲	۴۸۲	>۱۴				تعداد سقط
۵۱/۸	۵۱۸	≤ ۱۵		۷۴/۱	۷۴۱	بدون سقط
			$۳۸۰ \pm ۰/۸۰$	۲۴/۹	۲۴۹	۱-۳ بار
				۱	۱۰	>۳ بار
						سابقه کورتاژ
			$۰/۲۷ \pm ۰/۶۲$	۲	۲۰	دارد
				۹۸	۹۸۰	ندارد
						زمان آخرین زایمان
			$۸۰/۶۷ \pm ۶۲/۹۷$	۱۲/۳	۱۲۳	کمتر از یکسال قبل
				۸۷/۷	۸۷۷	بیشتر از یکسال قبل

※منظور از بیماری، بیماری‌های خاص مثل دیابت، گواتر، بیماری عصبی، بیماری قلبی، هیپرتانسیون، بیماری سیستم ایمنی، بیماری عفونی، افزایش کلسترول خون و کم خونی می‌باشد.

※مصرف آنتی‌بیوتیک در دو هفته اخیر مورد نظر بود.

آنتی‌بیوتیک استفاده نکرده بودند. بیشترشان در نیمه دوم سیکل قاعدگی قرار داشتند.

بیشتر افراد مورد پژوهش از آی-یو-دی و کمترین آنها از وازکتومی برای پیشگیری از بارداری استفاده کرده بودند. همچنین بیشتر افراد به مدت یک سال یا کمتر بود که از روش پیشگیری مورد نظر استفاده می‌کردند. بیشتر آنان دارای شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۹ (خیلی چاق) و کمترین درصد دارای شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹/۸ (لاغر) بودند.

شکایات فعلی اکثر زنان از ترشحات بدبو بود، ولی از سایر علائم شامل سوزش ادرار، سوزش هنگام نزدیکی، خارش، خارش هنگام نزدیکی، درد قسمت تحتانی شکم، نشانه‌های ادراری و درد هنگام نزدیکی شکایتی نداشتند. در یک‌سال گذشته هیچ یک از این علائم در اکثر آنان وجود نداشت.

اکثریت زنان سابقه انجام اقدامات درمانی به علت وجود نشانه‌های موجود در یک سال گذشته را گزارش نکردند. بیشترشان از لحاظ رعایت بهداشت عمومی و بهداشت مقاربت در سطح خوب قرار داشتند.

اکثر زنان دارای سرویکس ملتهب، ترشحات با مقدار غیرطبیعی و با قوام غیریکنواخت بودند. اکثریت آنان فاقد التهاب واژن بودند. بیشترشان دارای ترشحات خاکستری با ظاهری کدر، حباب دار و بدون بو بودند.

از لحاظ معیار چهارگانه Amsel، pH ترشحات واژن بیش از ۴/۵ در ۸۱/۱ درصد، ترشحات یکنواخت و خاکستری در ۱۷/۱ درصد، تست ویف مثبت در ۱۰/۷ درصد و وجود کلوسل در ۹ درصد افراد مشاهده شد. یعنی بیشتر زنان، فاقد کلوسل بوده و اکثر آنان تست ویف منفی داشتند.

رابطه با ابتلا به واژینوز باکتریال مشاهده نشد (NS) (جدول ۳).

از بین متغیرهای بهداشتی، بهداشت عمومی ($P=0/004$) و بهداشت مقاربت ($P=0/001$) جزو عوامل خطر محسوب شدند (جدول ۳). با وجودی که با افزایش دفعات مقاربت در هفته، ابتلا به واژینوز باکتریال افزایش می‌یافت، ولی ارتباط معنی‌دار آماری در این مورد مشاهده نشد (NS).

۶۰/۹ درصد افراد مبتلا به واژینوز باکتریال، ترشحات بدبو داشتند و سوزش ادرار و علائم ادراری در افراد مبتلا به واژینوز باکتریال بیشتر از سایر افراد بود ولی به جز سوزش هنگام نزدیکی ($P=0/018$) (رابطه منفی) هیچکدام از نشانه‌های موجود در فرد و همسرش رابطه معنی‌داری با ابتلا نداشتند (NS). اگرچه ابتلا به واژینوز باکتریال در افرادی که سابقه ترشحات بدبو، درد قسمت تحتانی شکم، علائم ادراری یا سوزش ادرار در یک سال گذشته داشتند بیشتر بود، هیچکدام از نشانه‌ها ارتباط معنی‌داری با ابتلا به واژینوز باکتریال نشان ندادند (NS). همچنین بین سابقه درمان به علت وجود نشانه‌ها با ابتلا به واژینوز باکتریال ارتباطی مشاهده نشد (NS). اما از بین علائم مشاهده شده، فقط رنگ، ظاهر و بوی ترشحات و pH واژن رابطه معنی‌داری با ابتلا به واژینوز باکتریال داشتند ($P<0/01$) و سایر تفاوت‌ها معنی‌دار نبود (NS). در بررسی‌های آزمایشگاهی نیز نتیجه کشت گاردنرلاواژینالیس، وجود کلوسل در نمونه‌های رنگ‌آمیزی شده به طریقه گرم و نتیجه تست ویف، از لحاظ آماری رابطه معنی‌داری با ابتلا به واژینوز باکتریال داشتند ($P<0/01$) (جدول ۴). ۱۰۰ درصد مبتلایان به واژینوز باکتریال، تست ویف مثبت داشتند.

با انجام آزمون رگرسیون لجستیک برخی از متغیرها، به عنوان عامل پیشگویی کننده ابتلا به واژینوز باکتریال در نظر گرفته شدند که عبارت بودند از: تحصیلات فرد مورد پژوهش، شغل همسر، تعداد زایمان، تعداد زایمان طبیعی، تعداد سقط، رعایت بهداشت مقاربت و اسیدیته ترشحات واژن.

بحث

در تحقیق حاضر شیوع واژینوز باکتریال ناشی از گاردنرلاواژینالیس ۹/۲ درصد تعیین شد که این نتیجه با نتایج مطالعه سیموز (Simoes) و همکاران (۱۱) و فانک (Fonck) و همکاران (۱۲) همسو ولی با نتایج پرهیزکار (۱۳) و ترابی (۱۴)، رز (Rouse) (۱۵)، ویتکین (Witkin) (۱۶)،

از آنجایی که وجود حداقل سه معیار از چهار معیار فوق جهت تشخیص ابتلا لازم است، بر اساس معیارهای فوق ۹/۲ درصد افراد مبتلا به واژینوز باکتریال بودند. از بین ۹۲ نفری که بر اساس معیارهای Amsel مبتلا محسوب می‌شدند، ۸۶ نفر کشت مثبت گاردنرلاواژینالیس داشتند، ولی در اکثر افراد منفی بود. اگرچه در افرادی که بیسواد بودند، همسر داشتند یا همسرشان بی‌سواد بود و همچنین در افرادی که در دو هفته اخیر آنتی‌بیوتیک استفاده نکرده بودند، درصد بیشتری از ابتلا نسبت به سایر افراد وجود داشت، ولی تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در نتیجه هیچکدام از متغیرهای فردی-اجتماعی با ابتلا به واژینوز باکتریال رابطه معنی‌داری نداشتند (NS).

جدول ۳- توزیع فراوانی ابتلا براساس معیارهای Amsel، برحسب متغیرهای باروری، روش پیشگیری از بارداری و رعایت بهداشت

P-value	غیر مبتلا		مبتلا		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
تعداد زایمان					
۰/۰۴۳*	۹۲	۲۳	۸	۲	بدون زایمان
	۹۱/۸	۷۵۴	۸/۲	۶۷	۱-۳
	۸۵/۹	۱۱۶	۱۴/۱	۱۹	۴-۶
	۷۸/۹	۱۵	۲۱/۱	۴	>۶
IUD					
۰/۰۴۸					دارد
	۸۸/۴	۳۲۸	۱۱/۶	۴۳	هیچ روش
	۹۳/۸	۱۶۶	۶/۲	۱۱	پیشگیری
بهداشت عمومی					
۰/۰۰۴	۸۵/۶	۱۹۶	۱۴/۴	۳۳	ضعیف
	۹۲/۳	۷۱۲	۷/۷	۵۹	خوب
بهداشت مقاربت					
* (n=۹۸۴)					
۰/۰۰۱	۶۸	۱۷	۸/۹	۸	ضعیف
	۸۹/۶	۲۶۶	۸	۳۱	متوسط
	۹۲/۳	۶۱۱	۱۶/۳	۵۱	خوب

* تعداد ۱۶ نفر از افراد مورد پژوهش دارای همسر نبودند که این مقدار از تعداد کل (۱۰۰۰ نفر) کسر شد.

از بین متغیرهای باروری، تعداد زایمان، تعداد زایمان طبیعی (جدول ۳)، تعداد سقط جزو عوامل خطر ابتلا به واژینوز باکتریال محسوب شدند و سایر متغیرهای باروری ارتباط معنی‌داری از لحاظ آماری نشان ندادند (NS). اکثریت افراد مبتلا به واژینوز باکتریال دارای IUD (۴۶/۷ درصد) بودند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود (P=۰/۰۴۸)، اما در مورد سایر روش‌ها تفاوت معنی‌داری در

جدول ۴- توزیع فراوانی ابتلا به واژینوز باکتریال براساس معیارهای Amsel برحسب یافته‌های بالینی

n=۱۰۰۰					n=۱۰۰۰				
P	مبتلا		غیر مبتلا		P	مبتلا		غیر مبتلا	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		تعداد	درصد	تعداد	درصد
یافته‌های بالینی					یافته‌های بالینی				
pH ترشحات واژن					سوزش هنگام نزدیکی				
۰/۰۰۱	۴/۵≥		۴	۲۱	۰/۰۱۸	۱		۵	دارد
	۴/۵<		۸۸	۷۲۳	۰/۰۰۱	۷		۷	ندارد
						۷		۱۰/۵	
کشت					رنگ ترشحات				
۰/۰۰۱	گاردنرلاواژینالیس		۶	۰/۷	۰/۰۰۱	۴		۹	خاکستری
	منفی		۸۶	۹۵/۶		۷		۹/۹	بی‌رنگ
	مثبت					۹		۴/۵	سفید
وجود کلوسل					زرد				
۰/۰۰۱	دارد		۸۶	۹۵/۶	۰/۰۰۱	۲		۵/۱	زرد
	ندارد		۶	۰/۷		۷		۱۵/۵	
تست ویف					ظاهر ترشحات				
۰/۰۰۱	منفی		۰	۰	۰/۰۰۱	۶		۲	کدر
	مثبت		۹۲	۸۶		۷		۸/۶	شفاف
						۲		۴/۸	کف‌آلود
					بوی ترشحات				
۰/۰۰۱			۱۴	۱۵	۰/۰۰۱	۵		۵	دارد
						۶		۳	ندارد

خطر ابتلا محسوب کردند (۲۲) هم‌خوانی دارد، ولی با نتایج تحقیق صفری (۲۳) هم‌خوانی ندارد. تفاوت در باورهای بهداشتی افراد، محیط پژوهش و نیز مشخصات افراد تحت مطالعه می‌تواند دلیل این تفاوت باشد.

در این مطالعه، از بین روش‌های پیشگیری از بارداری، استفاده از IUD جز عوامل خطر ساز بود که با نتایج تحقیقات ترابی (۱۴)، فرج زاده (۲۱)، Ahluwalia (۲۴) و Tohill (۲۵) هم‌خوانی دارد، ولی با نتایج حاصل از تحقیق پرهیزکار (۱۳) و Fethers (۲۶) همسو نبود. تفاوت در حجم نمونه، روش تشخیصی به کار رفته، تداخل اثر عوامل مختلف با هم و محیط پژوهش می‌تواند علت این تفاوت‌ها باشد.

در تحقیق حاضر، از لحاظ متغیرهای بهداشتی، نحوه رعایت بهداشت فردی و بهداشت مقاربت جزو عوامل خطر ابتلا به واژینوز باکتریال بودند. این نتایج با نتایج ترابی (۱۴) و بوکاسلی (Bukusly) (۱۷) هم‌خوانی داشت، ولی با نتایج تحقیق بیسلی (Baisley) (۱۸) هم‌خوانی ندارد که این تفاوت

بوکاسلی (Bukusly) (۱۷) و بیسلی (Baisley) (۱۸) همسو نمی‌باشد. تفاوت در حجم نمونه، روش تشخیصی و محیط پژوهش و نیز مشخصات واحدهای مورد پژوهش می‌تواند علت این تفاوت باشد.

در مورد عوامل خطر ساز ابتلا به واژینوز باکتریال، هیچکدام از مشخصات فردی اجتماعی جز عوامل خطر ساز ابتلا به واژینوز باکتریال نبود. این یافته با نتایج تحقیق توماس (Thomas) همسو (۱۹)، ولی با یافته‌های گونزالس (Gonzalez) که بین سن، سن شروع فعالیت جنسی و ابتلا به بیماری با ابتلا به واژینوز باکتریال (۲۰) و ترابی که بین تحصیلات فرد مورد پژوهش و ابتلا به این بیماری ارتباط معنی‌دار نشان داد (۱۴) هم‌خوانی ندارد. از بین متغیرهای باروری، تعداد زایمان، تعداد زایمان طبیعی و تعداد سقط جز عوامل خطر بودند که با نتایج حاصل از تحقیق فرج زاده که بین تعداد زایمان و تعداد سقط با ابتلا به واژینوز باکتریال ارتباط معنی‌دار یافت (۲۱) و Smart و همکاران که سابقه یک حاملگی قبلی را از عوامل

با نگاهی دقیق به یافته‌های پژوهش حاضر چنین به نظر می‌رسد نباید زمانی که امکان بررسی‌های بیشتر تشخیصی وجود دارد، صرفاً از وجود نشانه‌ها برای درمان استفاده کرد و به کارگیری معیارهای امسل به عنوان روش‌های تشخیصی کم هزینه و بدون صرف وقت زیاد در زمان انجام معاینات روتین و دوره‌ای زنان (۶) در مراکز بهداشتی درمانی و تنظیم خانواده به ویژه قبل از جاگذاری آی یو دی پیشنهاد می‌شود. از این طریق از تشخیص حدسی و در نتیجه تجویز نادرست و گاهی غیر لازم داروها که غالباً دارای عوارض نامطلوب می‌باشند، اجتناب خواهد شد. نتایج حاضر به راحتی قابل تعمیم به زنان یائسه، خانم‌های باردار، زنان روستایی و یا سایر شهرها نمی‌باشد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کلیه زنان شرکت کننده در طرح نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

می‌تواند به علت وجود تداخل عوامل مختلف رفتاری، اجتماعی و بهداشتی با هم و تاثیر باورهای بهداشتی افراد و سطح آگاهی افراد جامعه مورد مطالعه از مسائل بهداشتی، در رفتار آنها باشد.

در مورد نشانه‌های فعلی موجود در افراد، به جز سوزش هنگام نزدیکی (رابطه منفی)، از نشانه‌های موجود در یک سال گذشته و سابقه درمان به علت وجود نشانه‌ها در همین افراد، با ابتلا به واژینوز باکتریال پیوستگی وجود نداشت. رنگ، ظاهر و بوی ترشحات و pH واژن رابطه معنی‌داری با ابتلا به واژینوز باکتریال داشتند. نتیجه کشت گاردنرلاواژینالیس، وجود کلوسل در نمونه‌های رنگ‌آمیزی شده به طریقه گرم و نتیجه تست ویف نیز با ابتلا به این بیماری همبستگی داشت. نتایج بررسی دانیل و همکاران (۲۷) با نتایج ما همسو، اما Yen همکاران (۲۸) غیر همسو بود. روش‌های مختلف تشخیصی به کار رفته و نحوه انتخاب افراد جهت شرکت در تحقیق و سطح آگاهی افراد از علائم و نشانه‌های غیرطبیعی تناسلی از علل این تفاوت می‌تواند باشد.

REFERENCES

1. DuGas BW, Knor ER, editors. Nursing foundation. Atashzadeh F, Barzabadi F, Khazaie N, Zohari S, Ezati Z, translators. 1st edition. Tehran: Golban Medical Publication; 2011. [In Persian]
2. Ryan KJ, Barkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A, editors. Kistner's Gynecology & Women's Health: 7th ed. New York: Mosby; 1999.
3. Hay P. Recurrent bacterial vaginosis. J Womens Health 2009; 18: 1163-67.
4. Andrist LS, editor. Vaginal health and infections. JOGNN 2001; 30: 306-15.
5. Patterson JL, Stull-Lane A, Girerd PH, Jefferson KK. Analysis of adherence, biofilm formation and cytotoxicity suggests a greater virulence potential of Gardnerella vaginalis relative to other bacterial-vaginosis-associated anaerobes. J Med Microbiol 2009; 58: 1401-18.
6. Eckert LO. Acute vulvovaginitis. Review article Iran Medical Council. N Engl J Med 2006; 355: 1244-52. [In Persian]
7. Brooks GF, Carroll KC, Butel J, Morse S. Jawetz, Melnick, & Adelberg's Medical Microbiology. Sotoudehnia A. 24th ed. Tehran: Arjmand Publication; 2001. [In Persian]
8. Niakan M, Gransar A. Evaluation and comparison of papanicolaou smear technique for epidemiological and identification of Gardnerella Vaginosis. Abstract of the 4th Congress of Microbiology. Tehran: Faculty of Medicine, Shahed University: Nov, 2001; 126. [In Persian]
9. Calzolari E, Masciangelo R, Milite V, Verteramo R, editors. Bacterial vaginosis and contraceptive methods. Int J Gynecol Obstetr 2000; 70: 341- 346.
10. Copel LC. Editor. Psychiatric and mental health care: nurse's clinical guide. 2nd ed. Pennsylvania: Springhouse; 1999.
11. Simões JA, Giraldo PC, Faúndes A. editors. Prevalence of cervicovaginal infections during gestation and accuracy of clinical diagnosis. Infect Dis Obstetr Gynecol 1998; 6: 129-33.
12. Fonck K, Kidula N, Jaoko W, Estambale B, Claeys P, Ndinya-Achola J, et al. Validity of the vaginal discharge algorithm among pregnant and non-pregnant women in Nairobi, Kenya. Sex Transmit Infect 2000; 76: 33-38.
13. Parhizkar A. Prevalence of symptomatic vaginal infections and its relation with contraceptive methods. The collective congress of nursing & midwifery. Kermanshah University of Medical Science: March 3-4 2003; 5(Abtract).[In Persian]

14. Torabi M, Amini B. Study of the relation between hygienic behaviors with prevalence of vaginitis in women referring to Health Care Centers. Journal of Zanjan Medical Science University and health Services 1997; 5: 44-45. [In Persian]
15. Rouse AG, Gil KM, Davis K. Diagnosis of bacterial vaginosis in the pregnant patient in an acute care setting. Arc Gynecol Obstet 2009; 279: 545-49.
16. Witkin SS, Linhares IM, Giraldo P, Ledger WJ. Risk factors for cervicitis among women with bacterial vaginosis. Clin Infect Dis 2007; 44: 554-57.
17. Bukusi EA, Cohen CR, Meier AS, Waiyaki PG, Nguti R, Njeri JN, et al. Bacterial vaginosis risk factors among Kenyan women and their male partners. Sex Transm Dis 2009; 36: 564-69.
18. Baisley K, Changalucha J, Weiss HA, Mugeye K, Everett D, Hambleton I, et al. Bacterial vaginosis in female facility workers in north-western Tanzania: prevalence and risk factors. Int J Gynaecol Obstet 2009; 107: 143-46.
19. Thomas T, Choudhri S, Kariuki C, Moses S. Identifying cervical infection among pregnant women in Nairobi, Kenya: limitations of risk assessment and symptom-based approaches. Genitourin Med 1996; 72: 334-38.
20. Gonzalez-Pedraza A, Mota Vazquez R, Ortiz Zaragoza C, Ponce Rosas RE. Factors of risk of bacterial vaginosis. Aten Primaria 2004; 34: 360-65.
21. Farajzadeh A, Hemmaty Y. Study of the prevalence of *Gardnerella vaginalis* isolated from vaginal discharges of patients referred to outpatient clinic of Taleghani hospital in Tehran. Journal of Kerman Univaersity of Medical Science 1998; 5: 92-98. [In Persian]
22. Smart S, Sing A, Mindel A. Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis. Sex Transm Infect 2004; 80: 58-62.
23. Safari M. Study of vaginal infections rate and its relation with contraceptive methods in women referring to Shahid Mofatteh Gynecology Clinic. Yasuj Univaersity of Medical Science 2000; 8: 36-37. [In Persian]
24. Ahluwalia N, Grandjean H. Nutrition, an under-recognized factor in bacterial vaginosis. J Nutr 2007; 137: 1997-98.
25. Tohill BC, Heilig CM, Klein RS, Rompalo A, Cu-Uvin S, Piwoz EG, et al. Nutritional biomarkers associated with gynecological conditions among US women with or at risk of HIV infection. Am J Clin Nutr 2007; 85: 1327-34.
26. Fethers KA, Fairley CK, Hocking JS, Gurrin LC, Bradshaw CS. Sexual risk factors and bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. Curr Opin Infect Dis 2009; 22: 82-86.
27. Landers DV, Wiesenfeld HC, Heine RP, Krohn MA, Hillier SL. Predictive value of the clinical diagnosis of lower genital tract infection in women. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 1004-10.
28. Yen S, Shafer MA, Moncada J, Campbell CJ, Flinn SD, Boyer CB. Bacterial vaginosis in sexually experienced and non-sexually experienced young women entering the military. Obstetr Gynecol 2003; 102: 927-33.